Niveau(x) d'enseignement: 1 Numéro EDUQ : 8370807
Centre d'intérêt: 610

Allard, Robert.

Les dépistages dans les écoles du DSC Saint-Luc en 1979-80 / Robert Allard. -- Montréal : Hôpital Saint-Luc, Département de santé communautaire, 1981.
31, [5] f. ; 23x30 cm.

Bibliogr.: f. 30-31.

Cote Dewey: / Cote LC: /

Descripteur(s): *Service de santé *Dépistage *Handicapé visuel *Handicapé auditif *Maternelle (Niveau) *Primaire (Niveau) *Secondaire (Niveau)

Identificateur(s) de sujet: *Scoliose

Les dépistages des problèmes de l'ouïe, de la vue et de la scoliose se font depuis plusieurs années aux niveaux primaire et secondaire, et ils occupent une partie importante du temps des infirmières du programme de santé scolaire. L'utilité de ces dépistages est toutefois de plus en plus mise en doute. A partir de l'examen des opérations de dépistage effectuées en 1979-1980, le but de l'étude est de déterminer l'efficacité de telles opérations.

Les données ont été recueillies en 1979-1980 à l'aide d'un système de formules visant à décrire le processus de dépistage en milieu scolaire. Un premier formulaire résume les résultats par classe (nombre d'enfants examinés et trouvés positifs). Par ailleurs, un formulaire individuel précise les caractéristiques démographiques de l'enfant, le résultat de son examen et le suivi qui en a résulté. Sur une population-cible de 15251 élèves du territoire du Département de santé communautaire Saint-Luc, 14589 ont été examinés, que ce soit pour l'ouïe (maternelle), la scoliose (cinquième année et secondaire II) ou la vue (maternelle, troisième et cinquième année, secondaire III).

Le dépistage des problèmes de l'ouïe s'adresse trop tard aux enfants (les cas importants sont déjà repérés); l'examen est assez compliqué mais peu spécifique; son rendement est faible et beaucoup d'enfants faussement positifs sont suivis; enfin, l'utilité de prothèses auditives pour les enfants légèrement atteints n'est pas évidente. Le dépistage de la scoliose devrait être limité au moment où il se révèle le plus utile (secondaire I). L'examen est assez simple et le rendement moyen; le suivi est toutefois complexe et l'efficacité du traitement inconnue. Le dépistage de la vue mérite pour sa part d'être répété fréquemment; l'examen est simple et spécifique, le rendement élevé, le traitement efficace.

Type de document: r

Région(s) administrative(s): 063
Auteur de l'analyse: ar

E D U Q 8370807

Les dépistages dans les écoles du D.S.C. Saint-Luc

en 1979-80

Robert [illegible]

D.S.C. St-Luc 1981

E D U Q 8370807

LES DEPISTAGES DANS LES ECOLES DU DSC SAINT-LUC EN 1979-80

Robert Allard M.D. M.Sc.
D.S.C. Saint-Luc 1981

RA/1m

LES DEPISTAGES DANS LES ECOLES
DU DSC SAINT-LUC EN 1979-80

Les dépistages des problèmes de l'ouïe et de la vue, et de la scoliose, se font depuis plusieurs années aux niveaux primaire et secondaire, et occupent une partie importante du temps des infirmières du programme de santé scolaire.

Depuis environ trois ans, l'utilité de ces dépistages est de plus en plus mise en doute par les D.S.C., dont certains ont diminué, à des degrés divers, les ressources qu'ils y consacrent. Comme d'autres activités sollicitent le temps de nos infirmières, la même question se pose dans notre D.S.C. Le but de ce rapport est d'aider à y répondre en présentant les données d'une étude des dépistages faits en 1979-80, accompagnées des renseignements provenant d'une revue sélective de la littérature scientifique sur les dépistages qui nous concernent. Seuls les renseignements et données qui paraissent les plus pertinents seront mentionnés; d'autres peuvent être obtenus en en faisant la demande.

Méthodes

A l'automne de 1979 fut mis en place un système de formules de type administratif visant à décrire le processus des dépistages en milieu scolaire, au D.S.C. Saint-Luc.

Les dépistages se font normalement classe par classe. Après avoir examiné une classe, l'infirmière indique sur une formule à cet effet (Appendice I):

la nature du dépistage

la date

l'école

la classe

le nombre d'enfants normalement dans cette classe

le nombre d'enfants examinés

les noms des enfants trouvés positifs par elle

De plus, pour chaque enfant trouvé positif, elle indique sur une formule individuelle (Appendice 2) les caractéristiques démographiques de l'enfant, le résultat détaillé de son examen et le suivi qui en a résulté: professionnel consulté, diagnostic posé, traitement prescrit etc. Cette formule demeure au dossier de l'enfant pour permettre à l'infirmière d'y ajouter, au cours du reste de l'année scolaire, les renseignements qu'elle obtient sur le suivi.

En juin 1980, toutes ces formules individuelles furent rassemblées, y compris celles, très nombreuses, où il manquait encore des renseignements (soit qu'une partie du suivi n'ait pas encore eu lieu, soit que l'infirmière ne l'ait pas appris), et comparées aux listes par classes des enfants positifs, pour vérifier s'il manquait des formules individuelles. Le mois suivant, un groupe d'infirmières coda les données et les transféra sur les feuilles spéciales pour la perforation des cartes informatiques. Chaque étape de ce processus fut vérifiée.

Résultats

La compilation (manuelle) des listes par classes et le calcul du nombre de formules individuelles ont donné les résultats résumés par le tableau 1.

l'école

la classe

le nombre d'enfants normalement dans cette classe

le nombre d'enfants examinés

les noms des enfants trouvés positifs par elle

De plus, pour chaque enfant trouvé positif, elle indique sur une formule individuelle (Appendice 2) les caractéristiques démographiques de l'enfant, le résultat détaillé de son examen et le suivi qui en a résulté: professionnel consulté, diagnostic posé, traitement prescrit etc. Cette formule demeure au dossier de l'enfant pour permettre à l'infirmière d'y ajouter, au cours du reste de l'année scolaire, les renseignements qu'elle obtient sur le suivi.

En juin 1980, toutes ces formules individuelles furent rassemblées, y compris celles, très nombreuses, où il manquait encore des renseignements (soit qu'une partie du suivi n'ait pas encore eu lieu, soit que l'infirmière ne l'ait pas appris), et comparées aux listes par classes des enfants positifs, pour vérifier s'il manquait des formules individuelles. Le mois suivant, un groupe d'infirmières coda les données et les transféra sur les feuilles spéciales pour la perforation des cartes informatiques. Chaque étape de ce processus fut vérifiée.

Résultats

La compilation (manuelle) des listes par classes et le calcul du nombre de formules individuelles ont donné les résultats résumés par le tableau 1.

Tableau 1. Première compilation des feuilles par classes et individuelles

	Enfants à examiner (1)	Enfants examinés (2)	Taux d'examens faits (3) =(2)÷(1)	Enfants positifs (4)	Taux de positivité (5) =(4)÷(2)
Ouïe, maternelle	2 012	1 977	98.3%	120	6.1%
Scoliose, 5e	2 380	2 333	98.0%	223	9.6%
sec. I	2 295	2 216	96.6%	120	5.4%
Vue, maternelle	1 766	1 749	99.0%	230	13.1%
3e	2 382	2 361	99.1%	283	12.0%
5e	2 403	2 373	98.8%	458	19.3%
sec. III	2 013	1 580	78.5%	463	29.3%
Total	15 251	14 589	95.5%	1 902	13.1%

La colonne (3) indique que la très grande majorité des enfants des niveaux scolaires visés par chacun des dépistages ont été effectivement examinés. Le taux plus faible pour le dépistage des problèmes de la vue au secondaire résulte de difficultés s'étant produites cette année et ne représente sans doute pas une tendance permanente.

La comparaison entre le nombre d'enfants positifs tel qu'indiqué par les listes par classe et le nombre de formules individuelles reçues démontre que

nous avons reçu les formules d'au moins 95% des enfants considérés comme positifs par les infirmières. Ces taux de positivité varient selon le dépistage et selon le niveau scolaire; mais ils n'indiquent que la proportion d'enfants considérés comme positifs par l'infirmière. Pour mieux juger du rendement des dépistages, il faut savoir quelle proportion de ces enfants voient leur diagnostic confirmé par un médecin. C'est ce que décrit le tableau 2. La première colonne présente, par dépistage et par niveau scolaire, le nombre d'enfants examinés. La deuxième présente le nombre d'enfants non déjà suivis pour le problème, qui furent trouvés positifs par l'infirmière. (On se limite aux enfants non déjà suivis parce que les dépistages ont pour but de diagnostiquer de nouveaux cas, et non pas d'assurer le suivi des cas déjà connus). La troisième colonne contient les enfants positifs non déjà suivis, envoyés en consultation et dont le diagnostic médical est connu et la quatrième colonne, ceux d'entre eux dont le diagnostic est confirmatif, i.e. déficience auditive pour l'ouïe, scoliose ou scoliose possible pour ce dépistage et défaut de l'acuité visuelle pour la vue. La cinquième colonne donne le pourcentage des diagnostics connus qui sont confirmatifs. La sixième colonne applique ces pourcentages aux chiffres de la deuxième pour donner un estimé du nombre d'enfants dont le diagnostic serait confirmé si le diagnostic de tous les enfants était connu. (On suppose ici que le fait que l'infirmière apprenne le diagnostic est indépendant de la nature du diagnostic). Finalement, la septième colonne applique les chiffres de la sixième à ceux de la première pour donner un estimé du pourcentage des enfants examinés dont le diagnostic est confirmé par le médecin. Ce chiffre est un indice du rendement des dépistages par niveau scolaire.

Tableau 2. Calcul du rendement des dépistages par niveau scolaire

		Enfants examinés	Enfants non déjà suivis et positifs	Enfants non déjà suivis, positifs, dont le diagnostic est connu	Enfants non déjà suivis, positifs, dont le diagnostic est confirmatif	Pourcentage des diagnostics connus qui sont confirmatifs	Nombre de diagnostics qui seraient confirmatifs si tous étaient connus	Rendement = (6)÷(1) en %
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Ouïe,	maternelle	1 977	101	63	5	7.9%	8.0	0.4
Scoliose,	5^e	2 333	112	51	14	27.4%	30.7	1.3
	sec. I	2 216	102	37	16	43.2%	44.1	2.0
Vue,	maternelle	1 749	158	65	38	58.5%	92.4	5.3
	3^e	2 361	117	58	44	75.9%	88.8	3.8
	5^e	2 373	153	79	53	67.1%	102.7	4.3
	sec. III	1 580	94	25	23	92.0%	86.5	5.5
Total		14 589	837	378	201	53.2%	445.3	3.0

On remarque d'abord que le rendement varie selon le dépistage: il augmente dans l'ordre ouïe, scoliose, vue. Cela ne signifie pas nécessairement que l'on

doive privilégier les dépistages à rendement élevé: l'utilité des dépistages dépend aussi de la gravité des problèmes détectés et de l'efficacité du traitement qui peut être offert aux nouveaux cas diagnostiqués. (Un dépistage à haut rendement d'un problème incurable serait inutile).

Ensuite, il appert que, pour la scoliose et la vue, le rendement varie selon le niveau scolaire. Pour la scoliose, il semble qu'on détecte plus de nouveaux cas par 100 enfants examinés au secondaire I qu'à l'élémentaire 5, même si les élèves du secondaire en sont parfois à leur 2ième examen. Pour la vue, le rendement est un peu plus bas en 3ième et 5ième années qu'aux autres niveaux.

Il est intéressant de mettre en parallèle la colonne (4) du tableau 1 et la colonne (2) du tableau 2:

Tableau 3. Proportion des enfants positifs qui ne sont pas déjà suivis

		Enfants positifs (1)	Enfants positifs non déjà suivis (2)	Pourcentage (3)
Ouïe,	maternelle	120	101	84%
Scoliose,	5^{e}	223	112	50%
	sec . I	120	102	85%
Vue,	maternelle	230	158	69%
	3^{e}	283	117	41%
	5^{e}	458	153	33%
	sec. III	463	94	20%

Pour la vue en particulier, plus le groupe est âgé, plus la proportion d'enfants déjà suivis augmente parmi ceux qui sont dirigés vers un médecin.

Pour présenter le reste des données provenant des formules individuelles, nous procéderons par dépistage. Rappelons que les données concernant les étapes finales du suivi manquent souvent.

Dépistage des problèmes de l'ouïe

Des 120 enfants positifs, 60% avaient six ans, 33% sept ans et 7% huit ou neuf ans. Cinquante-huit pourcent des sujets étaient des garçons; le sexe masculin semble donc légèrement surreprésenté.

Tableau 4. Types de professionnels consultés en premier

	Enfant déjà suivi	
Professionnel consulté	Oui	Non
Omnipraticien	14%	49%
Pédiatre	21%	15%
Otolaryngologiste	57%	16%
Audiologiste	0%	3%
Autre	7%	17%
	99%	100%
	N = 14	N = 75

Le professionnel le plus souvent consulté est l'omnipraticien, sauf lorsque l'enfant est déjà suivi. Dans ce cas, l'otolaryngologiste est la ressource préférée.

Vingt-sept enfants ont consulté plus d'une ressource:

Tableau 5. Consultations entre médecins pour les problèmes de l'ouïe

Premier professionnel \ Deuxième professionnel	Omnipraticien ou pédiatre	ORL	Audiologiste ou autre	
Omnipraticien ou pédiatre	2	18	3	23
ORL			3	3
Audiologiste ou autre		1		1
	2	19	6	27

La majorité des omnipraticiens et pédiatres qui ont dirigé l'enfant vers un autre professionnel l'ont fait vers un otolaryngologiste, les otolaryngologistes eux l'ont fait vers un audiologiste.

La répartition des diagnostics connus est la suivante:

Tableau 6. Diagnostics posés par les médecins

		Enfant déjà suivi	
		Oui	Non
Diagnostic	Audition normale	10%	40%
	Déficience auditive	30%	8%
	Autre diagnostic	60%	52%
		100%	100%
		N = 10	N = 63

Ainsi, les enfants non déjà suivis, qui sont principalement visés par le dépistage, sont plus souvent trouvés normaux que les autres. De plus, les enfants anormaux des deux groupes, mais surtout ceux non déjà suivis, souffrent en général d'un problème autre qu'une déficience auditive, qui est celui visé par le dépistage.

Tableau 7. Traitements prescrits

	Enfant déjà suivi	
	Oui	Non
Observation ou aucun	30%	67%
Chirurgie	30%	5%
Autre traitement	40%	28%
	100%	100%
	N = 10	N = 61

La majorité des enfants non déjà suivis ne reçoivent aucun traitement, du moins dans l'immédiat.

Pour terminer, une analyse d'un genre différent. Une variable appelée "perte auditive totale" fut créée, en additionnant, pour les deux oreilles, le nombre de décibels de perte auditive à 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz. Cette variable est une mesure approximative du degré de sévérité de la perte pour laquelle l'enfant est référé. On devrait s'attendre à ce que les enfants référés pour une perte importante reçoivent plus souvent un diagnostic confirmatif que ceux référés pour une perte légère. Est-ce le cas?

Tableau 8. Perte auditive totale et diagnostic du médecin chez les enfants non déjà suivis

Perte auditive totale (en dB)	Diagnostic: Déficience auditive	Diagnostic: Autre diagnostic connu	Total
100 - 149	0 = 0%	9	9 = 100%
150 - 199	2 = 9%	20	22 = 100%
200 - 249	0 = 0%	15	15 etc.
250 - 299	2 = 14%	12	14
300 et plus	1 = 33%	2	3

X^2: NS

Les nombres sont très petits, mais une légère tendance d'esquisse: plus la perte auditive totale est élevée, plus le diagnostic tend à être confirmatif. Si cette tendance est réelle, elle est un indice de la validité des audiogrammes faits par les infirmières.

Dépistage de la scoliose

Les tableaux de cette section ne représenteront que les élèves positifs pour scoliose (au moins 1 signe clinique D à G positif, 213 sujets) ou pour scoliose et posture (117 sujets).

Le tableau 9 (page suivante) présente la distribution par âges et par sexes. Dans le cas de l'âge les pourcentages ont été calculés par rangées et non par colonnes pour démontrer que les défauts de posture s'ajoutent aux signes de scoliose surtout chez les enfants les plus jeunes. La répartition par sexe correspond à une caractéristique connue de la scoliose (prépondérance du sexe féminin).

Tableau 9. Distribution par âge et par sexe des enfants positifs pour scoliose (avec ou sans défaut de posture en plus)

		Problème détecté		
		Scoliose	Scoliose et posture	Total
Age (années)	10	23 = 64%	13 = 36%	100%
	11	60 = 52%	55 = 48%	100%
	12	41 = 66%	21 = 34%	100%
	13	60 = 72%	23 = 28%	100%
	14	23 = 85%	4 = 15%	100%
	15	6 = 86%	1 = 14%	100%
		213	117	
Sexe	M	85 = 40%	51 = 44%	
	F	128 = 60%	66 = 56%	
		213 100%	117 100%	

Le nombre d'enfants positifs, par niveau scolaire, a déjà été présenté (tableau 2) et nous pouvons passer immédiatement au suivi.

Tableau 10. Professionnel consulté pour scoliose possible

	Enfant déjà suivi	
Professionnel consulté	Oui	Non
Omnipraticien	7%	33%
Pédiatre	7%	9%
Orthopédiste privé	21%	6%
Hôpital	55%	45%
Autre ressource	10%	6%
	100%	99%
	N = 29	N = 78

La ressource la plus fréquemment utilisée est l'hôpital (Ste-Justine, Montreal Children's et Sacré-Coeur, par ordre de préférence), viennent ensuite l'omnipraticien pour les enfants non déjà suivis et l'orthopédiste privé pour ceux déjà suivis.

Tableau 11. Diagnostics posés

	Enfant déjà suivi	
Diagnostic du médecin	Oui	Non
Enfant normal	9%	31%
Scoliose (certaine ou possible)	83%	36%
Autre diagnostic	8%	33%
	100%	100%
	N = 23	N = 83

La plupart des enfants déjà suivis le sont pour scoliose, et environ le tiers des autres (non suivis) reçoivent ce diagnostic pour la première fois.

Tableau 12. Traitements prescrits

	Enfant déjà suivi	
	Oui	Non
Observation ou aucun traitement	53%	81%
Physiothérapie	19%	8%
Corset, chirurgie, autre	29%	10%
	101%	99%
	N = 21	N = 75

La majorité des enfants, et ceci est surtout vrai pour ceux non déjà suivis, restent sous observation ou ne reçoivent aucun traitement. (Les deux catégories sont fusionnées parce qu'il est trop facile pour les parents de les confondre).

Comme pour le dépistage précédent, nous terminerons en présentant des données portant sur la validité des examens des infirmières.

Tableau 13. Diagnostic du médecin, selon le nombre de signes cliniques de scoliose, chez les enfants non déjà suivis

		Diagnostic du médecin consulté		
		Scoliose	Autre diagnostic	Total
Nombre de signes cliniques de scoliose positifs selon l'infirmière	1	7 (=27%)	19	26
	2	4 (=24%)	13	17
	3	6 (=35%)	11	17
	4	13 (=57%)	10	23

$X^2 = 6.28$ d.l. = 3 $p = 0.10$

Dans l'ensemble, plus un enfant présente de signes cliniques de scoliose, plus il a de chances de recevoir un diagnostic confirmatif du médecin. Si les médecins posent bien leurs diagnostics de façon indépendante (des renseignements fournis par les infirmières), ceci tend à confirmer la validité de l'examen de dépistage.

Dépistage des problèmes de la vue

Les 1 436 sujets trouvés positifs ont été séparés en deux groupes: ceux qui, au moment du dépistage, portaient habituellement des verres (682) et ceux qui n'en portaient pas (754). Dans le premier groupe 94% et dans le second 28% étaient déjà suivis.

Les données seront donc présentées séparément pour les enfants portant et ne portant pas de verres, et ce second groupe sera au besoin séparé en enfants déjà et non déjà suivis.

Tableau 14. Distribution par âge et par sexe des enfants positifs pour problèmes d'acuité visuelle

			Port de verres		
			Oui	Non	
Age (en années)	5-6	(mat.)	47 = 20%	183 = 80%	100%
	7		1	1	
	8-9	(3ième)	132 = 47%	151 = 53%	100%
	10-12	(5ième)	236 = 52%	222 = 48%	100%
	13 et plus	(sec. III)	266 = 57%	197 = 43%	100%
			682	754	
Sexe	M		47%	49%	
	F		53%	51%	
			100%	100%	
			N = 681	N = 754	

Encore une fois, dans le cas de l'âge, les pourcentages ont été calculés horizontalement pour démontrer que la proportion d'enfants positifs qui portent déjà des verres augmente avec l'âge.

Tableau 15. Types de professionnels consultés en premier

	Port de verres		
	Oui	Non	
		Déjà suivis	
Professionnel consulté		Oui	Non
Ophtalmologiste	30%	30%	24%
Optométriste	28%	33%	22%
Omnipraticien	38%	35%	52%
Pédiatre	0%	1%	0%
Autre	3%	1%	2%
	99%	100%	100%
	N = 541	N = 177	N = 463

Le premier professionnel consulté est généralement l'omnipraticien, surtout quand l'enfant ne porte pas déjà de verres et n'est pas déjà suivi. Malheureusement, il y a trop de données manquantes pour que nous puissions dire vers qui ces omnipraticiens dirigent ensuite ces enfants.

Tableau 16. Diagnostics posés

	Port de verres		
	Oui	Non	
		Déjà suivis	
Diagnostic		Oui	Non
Vue normale	2%	3%	12%
Défaut de l'acuité visuelle	80%	74%	70%
Strabisme	12%	14%	4%
Autre	6%	9%	14%
	100%	100%	100%
	N = 398	N = 96	N = 227

La grande majorité des enfants reçoivent un diagnostic confirmatif, mais notons que cela est un peu moins vrai des enfants plus particulièrement visés par le dépistage: ceux non déjà suivis. Le tableau 2 a déjà présenté une ventilation de ces données par niveau scolaire pour les enfants non déjà suivis.

Tableau 17. Traitements prescrits

	Port de verres		
	Oui	Non	
		Déjà suivis	
Traitement		Oui	Non
Observation ou aucun	5%	19%	41%
Verres	93%	76%	55%
Exercices	0%	3%	2%
Autre traitement	1%	2%	3%
	99%	100%	101%
	N = 406	N = 117	N = 239

Encore une fois, ce sont les enfants non déjà suivis qui semblent profiter le moins du dépistage: ils reçoivent des verres beaucoup moins souvent que les autres, parce que le médecin décide de les garder sous observation.

Les tableaux 15, 16 et 17 sont consistants: les enfants non déjà suivis qui ne portent pas de verres, c'est-à-dire ceux qui ont probablement le plus à tirer d'un dépistage et d'un suivi adéquats, tendent à consulter des omnipraticiens, qui diagnostiquent plus souvent une vue normale et les gardent sous observation, souvent même lorsqu'ils ont posé un diagnostic de défaut de l'acuité visuelle. Nous reviendrons sur ce point lors de la discussion.

Comme pour les autres dépistages, nous terminerons celui-ci par un tableau portant sur le degré d'anomalie du test de dépistage en rapport avec le diagnostic du médecin.

Tableau 18. Diagnostic du médecin, selon le résultat du test de dépistages; enfants ne portant pas de verres et non déjà suivis

Acuité visuelle lors du dépistage (le pire oeil)	Diagnostic du médecin: Défaut de l'acuité visuelle	Autre diagnostic	Vue normale	Total
> 20/25	0	0	0	0
20/25	0	2	0	2
20/30	0	0	1	1
20/40	28 (=57%)	12	9	49 (100%)
20/50	44 (=58%)	20	12	76 (100%)
20/70	39 (=87%)	3	3	45 (100%)
20/100	9 (=90%)	1	0	10 (100%)
< 20/200	38 (=86%)	3	3	44 (100%)

$X^2 = 39.64$

d.l. = 12 $p < 0.001$

Encore une fois, plus un enfant a un test de dépistage anormal, plus il a de chances de recevoir un diagnostic confirmatif. Le critère de référence étant actuellement de 20/40 ou moins dans un oeil ou deux, nous n'avons pas vraiment de données pour les enfants ayant une vue meilleure que celle-là. Pour ceux ayant une vue pire, il existe un effet de seuil à 20/70: au-dessus de ce niveau la probabilité d'un diagnostic confirmatif est d'environ 60% et à ce niveau ou au-dessous, elle est d'environ 90%.

Revue sélective de la littérature scientifique pertinente

Pour préparer la discussion des résultats qui viennent d'être présentés, voyons certaines idées qu'on peut tirer de publications récentes sur les dépistages qui nous intéressent.

Comme pour toute autre intervention, dans le domaine de la santé, la principale question qui se pose au sujet des dépistages à l'école concerne leur efficacité: le dépistage améliore-t-il l'évolution naturelle de la maladie visée chez ceux à qui il est offert, par rapport à ce qu'elle aurait été s'il n'avait pas été offert? Le "groupe d'étude sur l'examen médical périodique" s'est posé cette même question pour chacune des interventions qu'il discute dans son rapport (1), interventions qui comprennent nos trois dépistages. Le comité a établi une hiérarchie précise des preuves de l'efficacité d'une intervention, et celles tendant à démontrer l'efficacité des dépistages de la scoliose et des problèmes de l'ouïe et de la vue sont les plus faibles. Il s'agit soit 1) d'études comparant des groupes séparés par l'espace et le temps ou 2) simplement d'opinions d'experts. Les seules études pouvant établir une preuve concluante, les essais contrôlés à répartition aléatoire ("RCT's"), n'existent

pour aucun de ces trois dépistages. Sur la base des recherches existantes, le comité recommande 1) pour l'ouïe, le dépistage des nourrissons dont les parents soupçonnent qu'ils entendent mal, celui des enfants dont l'acquisition du langage est lente ou défectueuse et des adultes "durs d'oreille", 2) pour l'acuité visuelle, un dépistage à 2-3 ans et à 5-6 ans et un examen discrétionnaire à 10-11 ans, 3) pour la scoliose, rien du tout. Finalement, le comité considère la recherche sur l'efficacité des dépistages des problèmes de l'ouïe ou de la vue comme prioritaire, celle sur le dépistage de la scoliose, non.

Passons maintenant aux documents traitant des dépistages spécifiques:

A) Dépistage des problèmes de l'ouïe

Il a été impossible de trouver quelqu'article scientifique que ce soit, publié depuis 1973, décrivant le processus ou les résultats d'un programme de dépistage audiométrique chez les enfants d'âge scolaire. Les articles récents traitent surtout du dépistage chez les enfants d'âge pré-scolaire, par examen clinique et par audiométrie, ou du dépistage par tympanométrie, à un âge plus avancé.

B) Dépistage de la scoliose

La documentation sur la scoliose et sur son dépistage est beaucoup plus abondante. Nous ne nous attarderons pas aux études de prévalence, résumées dans (2,3), dont les résultats varient beaucoup (de 3 à 160 par 1 000 enfants) probablement surtout à cause de l'emploi de critères diagnostics différents et de personnel varié (4). Les données sur l'incidence (ou au moins sur la prévalence) de la scoliose à différents âges sont plus rares, mais plus pertinentes, parce qu'elles aident à fixer l'âge idéal pour faire le dépistage.

La progression des courbes structurales de la colonne vertébrale, surtout dans le cas de courbes prononcées et chez les jeunes filles (2,5,6), est bien documentée, mais bien que la plupart des courbes structurales demeurent stables et que certaines progressent, une proportion appréciable (environ 5%) de courbes régressent avec l'âge, au lieu de progresser (2,3,5,6). La question est surtout de savoir jusqu'à quel âge on peut attendre pour faire le dépistage, afin de détecter le plus de courbes permanentes sans qu'il ne soit trop tard pour les traiter efficacement. A ce sujet, Rogala et coll. (6), dans une étude faite à Montréal, ont constaté qu'en effectuant le dépistage en 6ième année (âge moyen 11.7 ans), ils détectaient cinq fois moins d'enfants requérant un traitement pour la scoliose dans les six mois suivant le dépistage qu'en l'effectuant en sec. I (âge moyen 13.0 ans). Dans un autre article (2), moins documenté, les mêmes auteurs recommandent de faire le dépistage en 6ième ou sec. I pour les filles et sec. I ou II pour les garçons. Dans l'ensemble, il semble y avoir une certaine entente autour du sec. I ou II (2,3,6), bien que la 5ième (âge = 11 ans) soit aussi recommandée (5).

L'organisation des programmes de dépistage de la scoliose varie beaucoup et il ne semble pas exister de normes généralement acceptées. Cependant, les programmes les mieux organisés (2,7) comportent comme étapes: 1. examens de dépistage par les infirmières, physiothérapeutes ou professeurs d'éducation physique, 2. examen clinique des cas positifs par le médecin du programme ou par l'infirmière coordonnatrice, 3. examen clinique complet par un orthopédiste, avec examen radiologique, au centre hospitalier relié au programme, et 4. suivi, avec ou sans traitement, au centre hospitalier. Deux aspects semblent importants à retenir: 1) le programme offre lui-même l'éventail complet des services pouvant être requis par les enfants positifs et 2) un individu est chargé de coordonner les éléments ou étapes du programme.

Plusieurs questions importantes sont laissées sans réponse par les articles consultés: 1) l'efficacité d'un programme bien organisé par rapport à un programme mal organisé, 2) la répétabilité intra- et inter-observateurs des examens de dépistage, 3) la fréquence avec laquelle il faut compléter ou reprendre l'entraînement des observateurs pour que leur compétence se maintienne, 4) l'utilité d'examiner les membres de la famille des enfants dont le diagnostic de scoliose est confirmé, étant donné la composante héréditaire de la maladie (8,9), 5) l'utilité de dépister les problèmes de posture en même temps que la scoliose, comme nous le faisons au D.S.C. (aucun article ne mentionne cette pratique) et 6) l'importance des risques du dépistage: risques inhérents à la radiographie, anxiété des enfants et des parents, inconvénients provenant de l'étiquetage d'un enfant comme "scoliotique" pour son avenir (emploi, assurances etc.), risques de traiter des courbes purement posturales, ou structurales mais non progressives.

C) Dépistage des problèmes de la vue

Précisons pour commencer que notre programme de dépistage des problèmes de la vue vise essentiellement la myopie. Il se fait à un âge trop avancé pour détecter de façon utile l'amblyopie, il ne recherche pas l'hypermétropie, et la conjonctivite se détecte par un examen de l'oeil, pas de la vue.

Il n'existe pas d'essai contrôlé d'un programme de dépistage de la myopie, ni même, apparemment, de simple description récente (depuis 1973) d'un tel programme existant. Les quelques renseignements qui suivent m'ont néanmoins paru pertinents.

La progression de la myopie au cours de l'enfance et de l'adolescence a été décrite cliniquement (10) et par au moins une étude longitudinale (11). Il semble aussi généralement admis que la myopie se stabilise spontanément vers l'âge de 25 ans et que le port de verres n'en ralentit ni n'en accélère la progression (10). Une enquête (12) faite auprès de 10 622 Britanniques de 16 ans fournit des renseignements intéressants sur le port de verres, que résume le tableau suivant (adapté):

Tableau 19. Port de verres selon le sexe et le degré de myopie

	Perte d'acuité visuelle	N	% ayant eu une prescription pour verres	% de ceux ayant eu une prescription qui portaient leurs verres
Garçons	Aucune	4 158	2.7%	36.0%
	Mineure	439	23.0%	52.5%
	Modérée	445	70.6%	63.1%
	Grave	424	84.0%	84.0%
		5 466	16.1%	66.9%
Filles	Aucune	3 750	4.9%	41.0%
	Mineure	472	25.4%	63.3%
	Modérée	479	71.8%	60.5%
	Grave	455	90.1%	84.2%
		5 156	20.5%	66.6%

Ce tableau met en relief trois faits: 1) la myopie affecte un peu plus souvent les filles que les garçons, 2) plus un enfant est myope, plus il a de chances d'avoir eu une prescription pour des verres, bien que 12.9% des enfants souffrant de myopie grave n'en aient pas eu et que 3.7% des enfants ayant une vue normale en aient eu une et 3) dans l'ensemble, le tiers des enfants ayant eu une prescription pour des verres ne les portaient pas, la proportion étant d'environ 60% pour ceux ayant une vue normale et de 16% pour les enfants très myopes.

Nous ne savons pas quelle proportion de ces enfants avaient obtenu leurs verres à la suite d'un dépistage, mais il est plausible que les verres obtenus lors d'une consultation spontanée aient plus de chances d'être portés régulièrement que ceux achetés à la suite d'un dépistage. Les données de cette étude, appliquées à une population dépistée, seraient donc probablement trop optimistes.

Discussion

Avant de discuter des résultats, quelques remarques sur la méthodologie. Le fait que nous n'ayons que des renseignements incomplets sur le suivi des enfants positifs nous oblige à supposer 1. que la nature d'un renseignement n'influence pas le fait que l'infirmière l'apprenne ou non et donc 2. que les enfants pour qui nous avons des renseignements complets sont représentatifs de l'ensemble des enfants. Rien ne permet de dire si cela est vrai ou faux. De plus le diagnostic du médecin, qui nous sert de critère pour calculer le rendement des dépistages, a peut être été posé de façon différente selon la spécialité et la compétence individuelle du médecin consulté. Il aurait été préférable, mais impossible dans les conditions du D.S.C., que les médecins suivent des normes précises et explicites pour poser leurs diagnostics. Finalement, rien dans l'étude ni dans les articles consultés ne nous renseigne sur l'efficacité* des dépistages ni sur leur coût (pour le D.S.C., les parents ou le réseau de santé). Malheureusement, ce sont ces deux sortes de renseignements qui sont le plus utiles pour décider d'entreprendre, de terminer ou de modifier un programme.

---

* Une intervention médicale est dite efficace lorsque, dans l'ensemble, elle améliore l'état de santé d'un groupe à qui elle est offerte, par comparaison avec un groupe semblable à qui elle n'est pas offerte.

Nous pouvons néanmoins essayer, à l'aide du peu que nous savons, de faire des comparaisons entre dépistages et entre niveaux scolaires, et ensuite de discuter du processus des dépistages.

1. <u>Comparaisons entre dépistages</u>

Le dépistage des problèmes de l'ouïe s'adresse à une population restreinte (1 niveau scolaire), mais il l'atteint un peu tard (les enfants atteints de surdité importante auront déjà été repérés). L'examen est relativement compliqué mais peu spécifique (il détecte beaucoup de problèmes banals). En conséquence, le rendement est faible, bien que l'on doive suivre beaucoup d'enfants faussement positifs. L'utilité pratique de doter de prothèses auditives les enfants atteints de surdité légère n'est pas évidente.

Le dépistage de la scoliose pourrait être restreint à un seul niveau scolaire et être offert au moment où il a le plus de chances d'être utile. L'examen est assez simple et le rendement moyen. Le suivi est complexe, le traitement approprié difficile à choisir et l'efficacité du traitement inconnue. Le problème de santé visé peut cependant être grave.

Le dépistage des problèmes de la vue (myopie) doit être répété pendant la vie scolaire de l'enfant. L'examen est simple et spécifique et le rendement est élevé. Le traitement est efficace, mais il n'est pas toujours suivi fidèlement par les enfants, et peut-être surtout si la myopie n'est pas suffisamment grave pour qu'ils s'en aperçoivent eux-mêmes, ou si les enfants sont très jeunes.

En somme, chacun des dépistages a des aspects assez faibles pour faire douter de son utilité. Le plus défendable, à mon avis, est celui de la myopie, suivi de celui de la scoliose et, loin derrière, de celui des problèmes de l'ouïe.

Cette opinion pourra être élaborée de vive voix.

2. Comparaisons entre niveaux scolaires

Pour le dépistage de la scoliose, le cas est clair: le rendement en est plus élevé au sec. I (tableau 2) et c'est ce niveau scolaire qui correspond à l'âge le plus souvent recommandé pour ce dépistage. Pour celui des problèmes de la vue, le rendement est le plus élevé en maternelle et au sec. III, bien qu'il ne varie pas beaucoup entre les niveaux. Si l'on désire diminuer le nombre d'examens faits par les infirmières, je serais enclin à suggérer de n'examiner que les enfants ne portant pas de verres, avant de supprimer des niveaux entiers, car une étude longitudinale anglaise (1[illegible]) a démontré que la vue des enfants se détériore autant entre 7 et 11 ans qu'entre 11 et 16 ans. De cette façon, on offrirait le dépistage aux enfants le plus susceptibles d'en profiter, pendant toute la période où ils sont le plus à risque de développer la myopie, tout en diminuant de 30 à 80% le nombre d'enfants à examiner (tableau 3), selon le niveau scolaire.

3. Le processus des dépistages

Il semble que le point fort du processus, ce soient les examens faits par les infirmières: 1. presque tous les enfants qui doivent être examinés le sont (tableau 1), 2. dans le cas de la scoliose, pour laquelle la littérature fournit des points de comparaison (2,3,5,6,8), les taux de positivité (tableau 1) sont comparables à ceux d'autres programmes (on parle ici des enfants référés par l'infirmière, mais dont le diagnostic ne sera pas nécessairement confirmé) et 3. la sévérité de l'anomalie détectée par le test de dépistage est probablement associée à la probabilité que le diagnostic soit confirmé (tableaux 8, 13 et 18), ce qui est un indice de la validité des tests.

Par contre, le point faible du processus est le suivi des enfants positifs. De ce côté, les enfants déjà suivis s'en tirent le mieux: ils consultent des professionnels plus spécialisés, qui posent plus souvent un diagnostic et traitent de façon active, alors que les enfants non déjà suivis tendent à consulter des omnipraticiens, qui souvent ne posent pas de diagnostic et, au lieu de les traiter, les observent ou les dirigent vers un spécialiste. Pourtant, comme le but des dépistages n'est pas seulement d'examiner des enfants, mais de traiter des problèmes de santé ou d'en diminuer les conséquences négatives, le suivi est aussi important que les examens. Il ne me semble pas consistant d'organiser soigneusement le processus d'examens pour laisser ensuite les enfants positifs se disperser dans la nature presque sans aide. Nous terminerons donc par quelques suggestions sur l'organisation du processus des dépistages, inspirées par notre étude ou par les articles consultés:

1) que l'entraînement des infirmières soit systématisé et repris ou complété à intervalles réguliers;

2) qu'une infirmière soit chargée exclusivement de coordonner le suivi des enfants positifs;

3) que les parents soient fortement incités à consulter directement le spécialiste indiqué pour le problème de leur enfant;

4) que chaque dépistage dispose d'un groupe de spécialistes prêts à recevoir les enfants positifs dans de brefs délais;

5) que chaque programme ait un spécialiste attitré comme consultant clinique pour les problèmes de technique d'examen etc.

6) que les formules employées pour l'évaluation soient conservées, pour servir de dossiers à l'infirmière "coordonnatrice" des dépistages;

7) que les noms des dépistages reflètent la nature exacte des problèmes que les examens peuvent détecter: dépistages de la surdité, de la scoliose et de la myopie.

Beaucoup des affirmations faites dans ce rapport prêtent à discussion. J'espère qu'elle aura lieu.

Je désire remercier pour leur aide les infirmières du programme de santé scolaire, en particulier Gratienne Bédard, Yvette Fournier et Marguerite Sirois; Yves Lepage, qui s'est chargé de l'informatique, et Lucie Marin, pour la dactylographie.

Addendum

La collecte et la vérification des formules par classes et individuelles, pour l'année 1980-81, se sont faites assez rapidement pour permettre de présenter dès maintenant des résultats des compilations manuelles des données essentielles.

Le tableau 2A (page suivante) reproduit le tableau 2 de l'étude principale.

On remarquera que les taux de rendement sont, dans l'ensemble, plus bas que l'année précédente. Les quelques changements qui ont été faits aux formules individuelles entre les deux années ne sont pas suffisants pour expliquer cette différence.

Les comparaisons de rendement entre les niveaux scolaires sont les mêmes que l'année précédente à une exception près, concernant le dépistage des problèmes de la vue, pour lequel le niveau maternelle a maintenant le plus faible rendement.

La baisse du rendement est surtout due au fait qu'une proportion moindre des enfants vus par un médecin ont reçu [illegible] diagnostic confirmatif. Y a-t-il eu changement dans la méthode d'examen ou dans les critères de référence?

Quoi qu'il en soit, la stabilité des données, surtout en ce qui concerne l'ouïe et la scoliose, affermit les conclusions qui en sont tirées dans le rapport.

Remerciements à Mlle Yvette Fournier pour sa collecte consciencieuse et rapide des formules, et aux autres infirmières du programme.

Tableau 2A. Calcul du rendement des dépistages par niveau scolaire, 1980-81

		Enfants examinés (1)	Enfants non déjà suivis et positifs (2)	Enfants non déjà suivis, positifs, dont le diagnostic est connu (3)	Enfants non déjà suivis, positifs dont le diagnostic est confirmatif (4)	Pourcentage des diagnostics connus qui sont confirmatifs (5)	Nombre de diagnostics qui seraient confirmatifs si tous était connus (6)	Rendement = (6)÷(1) en % (7)
Ouïe,	1ère	1 947	90	67	7	10.4	9.4	0.5
Scoliose,	5e	2 189	96	70	16	22.9	21.9	1.0
	sec. I	1 890	86	39	13	33.3	28.7	1.5
Vue,	maternelle	1 804	141	68	11	16.2	22.8	1.3
	3e	2 013	105	53	19	35.8	37.6	1.9
	5e	2 290	116	62	38	61.3	71.1	3.1
	sec. III	1 775	139	71	48	67.6	94.0	5.3
Total		13 908	773	430	152	35.3	272.9	2.0

Références

1.- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. Can Med Ass J. 1979; 121(11)

2.- Drummond DS, Rogala E, Gurr J. Spinal deformity: Natural History and the Role of School Screening. Orthop Clin N Amer. 1979; 10(4): 751-9

3.- Brooks HL et coll. Scoliosis: A Prospective Epidemiological Study. J Bone Joint Surg. 1975; 57-A(7): 968-72

4.- Kane WJ. Scoliosis prevalence: A Call for a Statement of Terms. Clinical Orthopaedics and Related Research. 1977; 126: 43-6

5.- Taylor JR, Slinger BS. Scoliosis screening and growth in Western Australian students. Med J Aust. 1980; 1: 475-8

6.- Rogala EJ, Drummond DS, Gurr J. Scoliosis: Incidence and Natural History: A prospective epidemiological study. J Bone Joint Surg. 1978; 60-A(2): 173-6

7.- Hensinger RN et coll. Orthopedic Screening of school-age children, Review of a 10 year experience. Orthopedic Review, 1975; 4(1): 23-8

8.- Howell JM, Craig PM, Dawe BG. Problems in Scoliosis Screening. Can J Public Health. 1978; 69: 293-301

9.- Wynne-Davies R. Familial (idiopathic) scoliosis, A Family Survey. J Bone Joint Surg. 1968; 50-B(1): 24-7

10.- Vaughan D, Ashbury F. General Ophthalmology, Lange Medical Publications. 1977

11.- Tibbenham AD, Peckham CS, Gardiner PA. Vision screening in children tested at 7, 11, and 16 years. Brit Med J. 1978; 1: 1312-4

12.- Peckham CS, Gardiner PA, Tibbenham A. Vision screening of adolescents and their use of glasses. Brit Med J. 1979; 1: 1111-3

Appendice 1

Formules par classes

Appendice 2

Formules individuelles

DEPARTEMENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
HOPITAL SAINT-LUC

RAPPORT DES ACTIVITES DE DEPISTAGE, PAR CLASSE, ANNEE 1979-80

TYPE DE DÉPISTAGE: scoliose ☐
ouïe ☐
vue ☐

ÉCOLE: ____________________ NIVEAU SCOLAIRE: ____________

- Nombre total d'enfants dans la classe: ☐☐
- Nombre d'enfants examinés par l'infirmière: ☐☐
- Nombre d'enfants trouvés positifs par l'infirmière: ☐☐

NOMS DES ENFANTS TROUVÉS POSITIFS:

N.B. Une formule de ce type doit être remplie pour chacune des classes où il y a eu un dépistage.

DEPISTAGE DE LA SCOLIOSE

Nom: ______________________________ Numéro matr...le: ______________

Age: ______________ Sexe: ______________ Ecole: ______________

Niveau scolaire: ______________ Date du dépistage: ______________

Résultat de l'examen

	Normal	Anormal	Très anormal
Signe clinique A	☐	☐	☐
B	☐	☐	☐
C	☐	☐	☐
D	☐	☐	☐
E	☐	☐	☐
F	☐	☐	☐
G	☐	☐	

Suivi

L'enfant a été vu par le médecin du D.S.C.: oui ☐ non ☐ 23

Impression du médecin du D.S.C.:

☐ scoliose ☐ autre chose: ______________ ☐ enfant normal 24

L'enfant est déjà suivi pour ce problème: oui ☐ non ☐ 25

L'enfant a été référé: oui ☐ pour scoliose
oui ☐ pour autre chose: ______________ 26
non ☐

Avis envoyé aux parents: oui ☐ non ☐ 27
Les parents ont pris rendez-vous: oui ☐ non ☐ 28
Le rendez-vous a été tenu: oui ☐ non ☐ 29

L'enfant a été vu par:
- ☐ un omnipraticien privé
- ☐ un pédiatre privé
- ☐ un orthopédiste privé
- ☐ l'Hôpital Ste-Justine
- ☐ l'Hôpital Montreal Children's 30 31
- ☐ l'Hôpital Sacré-Coeur
- ☐ une autre ressource: ______________

Le dernier médecin consulté a diagnostiqué:
- ☐ un enfant normal
- ☐ un cas de scoliose
- ☐ un cas possible de scoliose 32 33
- ☐ autre chose: ______________
- ☐ aucun diagnostic posé
- ☐ diagnostic inconnu

Il a prescrit comme traitement:
- ☐ l'observation
- ☐ la physiothérapie
- ☐ un corset
- ☐ la traction
- ☐ une opération chirurgicale 34 35
- ☐ autre chose: ______________
- ☐ aucun traitement
- ☐ traitement inconnu

Il doit revoir l'enfant à nouveau: oui ☐, le ______________
non ☐ 36

Si, à la suite d'un transfert, cette formule se trouve dans les dossiers d'un autre D.S.C., S.V.P., la remplir et la retourner au Dr. R. Allard, D.S.C. Saint-Luc.

7 janvier 1980

ISTAGE DES PROBLEMES DE LA VUE

Nom: ______________________ **Numéro matricule:** ______________________

Age: __________ **Sexe:** ______ **Ecole:** ______________________

Niveau scolaire: ______________ **Date du dépistage:** ______________ 9 10 11 12

13 14 15

Résultat de l'examen

Méthode employée: E inversé ☐
Table de Snellen ☐ 16

		20/200	20/100	20/70	20/50	20/40	20/30	20/25	20/20	20/15
Avec verres:	oeil droit									
	oeil gauche									
	deux yeux									
Sans verres:	oeil droit									
	oeil gauche									
	deux yeux									

17

Suivi

L'enfant est déjà suivi pour ce problème: oui ☐ non ☐ 23

L'enfant a été référé pour ☐ défaut de l'acuité visuelle 24
☐ strabisme possible
☐ autre chose: ______________________

Avis envoyé aux parents: oui ☐ non ☐ 25
Les parents ont pris rendez-vous: oui ☐ non ☐ 26
Le rendez-vous a été tenu: oui ☐ non ☐ 27

L'enfant a été vu par: ☐ un ophtalmologiste
☐ un optométriste
☐ un omnipraticien 28 29
☐ un pédiatre
☐ une autre ressource: ______________________

Le dernier professionnel consulté a diagnostiqué:

☐ une vue normale
☐ un défaut de l'acuité visuelle
☐ un strabisme
☐ autre chose: ______________________ 30 31
☐ aucun diagnostic posé
☐ diagnostic inconnu

Il a prescrit comme traitement:

☐ l'observation
☐ des verres
☐ des exercices
☐ l'occlusion 32 33
☐ autre chose: ______________________
☐ aucun traitement
☐ traitement inconnu

Il doit revoir l'enfant à nouveau: ☐ oui, le ______________________ 34

☐ non

Si, à la suite d'un transfert, cette formule se trouve dans les dossiers d'un autre D.S.C., S.V.P., la remplir et la retourner à Dr. R. Allard, D.S.C. Saint-Luc.

DEPISTAGE DES PROBLEMES DE L'OUIE

Nom: ______________________ Numéro matricule: ______________________ 1 2 3 4

Age: __________ Sexe: __________ Ecole: ______________________ 5 6 7 8

Niveau scolaire: ______________________ Date du dépistage: ______________________ 9 10 11 12

Résultat de l'examen

13 14 15

FREQUENCE

NIVEAU D'AUDITION (dB)	250	500	1000	2000	4000	8000 HZ
0						
10						
20						
30						
40						
50						
60						
70						
80						
90						

O = oreille droite

X = oreille gauche

16 17 18 19 20 21

22 23 24 25 26 27

Suivi

L'enfant est déjà suivi pour ce problème: oui ☐ non ☐ 28
L'enfant a été référé: oui ☐ non ☐ 29
Avis envoyé aux parents: oui ☐ non ☐ 30
Les parents ont pris rendez-vous: oui ☐ non ☐ 31
Le rendez-vous a été tenu: oui ☐ non ☐ 32

L'enfant a été vu par:
- ☐ un omnipraticien
- ☐ un pédiatre
- ☐ un oto-rhino-laryngologiste
- ☐ un audiologiste
- ☐ une autre ressource: ______________________

33 34

Le dernier professionnel consulté a diagnostiqué:
- ☐ audition normale
- ☐ déficience auditive
- ☐ autre chose: ______________________
- ☐ aucun diagnostic posé
- ☐ diagnostic inconnu

35 36

Il a prescrit comme traitement:
- ☐ l'observation
- ☐ une prothèse
- ☐ un traitement chirurgical
- ☐ autre chose: ______________________
- ☐ aucun traitement
- ☐ traitement inconnu

37 38

39

Il doit revoir l'enfant à nouveau: ☐ oui, le ______________________

☐ non

Si, à la suite d'un transfert, cette formule se trouve dans les dossiers d'un autre D.S.C., S.V.P., la remplir et la retourner à Dr. R. Allard, D.S.C. Saint-Luc.

3 janvier 1980